



Número: **0000020-47.2020.8.17.2780**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Itapetim**

Última distribuição : **28/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 2.531,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
HELIO ROMULO DE SOUSA COSTA (AUTOR)		VANESSA SAMARA FERREIRA LEANDRO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
63889936	25/06/2020 14:20	2728936_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE ITAPETIM/PE

PROCESSO: 00000204720208172780

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **HELIO ROMULO DE SOUSA COSTA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **03/03/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 08/10/2019.

Cumprando esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 10.968,75 (dez mil e novecentos e sessenta e oito reais e setenta e cinco centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DA VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Verifica-se Nobre Magistrado que o boletim de ocorrência policial acostado aos autos, trata-se de mera certidão, a qual foi comunicada pelo próprio autor, documento este produzido unilateralmente, a conveniência do interessado, assim, não tem validade alguma para a presente lide.

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 08/10/2019 após 07 MESES da data do alegado acidente noticiado.

Ademais, o boletim de ocorrência policial foi relatado pelo próprio autor a sua conveniência, sem testemunhas, e sem a presença da autoridade competente no local.

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 03/03/2019, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

Destarte, cabe alertar ao Nobre Julgador que, além de não ter sido apresentado o Registro de ocorrência da época do acidente, o comunicante **CONVENIENTEMENTE É A VÍTIMA E AUTOR** da presente lide o que causa grande espanto!

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;



Ressalta-se ainda o fato de que além de a vítima ser comunicante do suposto acidente, foi elaborado através dos fatos narrados pelo mesmo de forma unilateral, sem que nenhuma testemunha ou outro vitimado prestassem depoimento.

Não há justificativa para delonga tão grande, qualquer parente, amigo do autor, poderia ter comunicado o acidente a época do sinistro na delegacia competente.

No caso em apreço, exigir da ré o pagamento da indenização sem a existência de comprovação da veracidade do acidente, descaracteriza a atividade definida como seguro. Essa prova documental incumbe à parte Autoral, em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373, I, do NCPC/15.

Desta forma a Ré requer a IMPROCEDENCIA TOTAL do pedido inicial, com fulcro nos artigos 487, I, do NCPC/15.

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 10.968,75 (dez mil e novecentos e sessenta e oito reais e setenta e cinco centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)



“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, discorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 10.968,75 (dez mil e novecentos e sessenta e oito reais e setenta e cinco centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito deve ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **03/03/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 10.968,75 (dez mil e novecentos e sessenta e oito reais e setenta e cinco centavos).**

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

⁴ RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁵ **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”



Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 10.968,75 (DEZ MIL E NOVECENTOS E SESENTA E OITO REAIS E SETENTA E CINCO CENTAVOS)**.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁶.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁷.

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

⁶“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁷art. 1º. (...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.



Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Súmula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Requer, outrossim, a produção de todos os meios de prova em direito admitidas e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Requer a produção de prova pericial nos termos do convênio de cooperação institucional celebrado entre o Tribunal de Justiça de Pernambuco e a Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT nº014/2017

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome da patrona **DRA. RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO, OAB-PE 25393**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

ITAPETIM, 17 de junho de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.



TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na **30225 - OAB/PE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **HELIO ROMULO DE SOUSA COSTA**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **ITAPETIM**, nos autos do Processo nº 00000204720208172780.

Rio de Janeiro, 17 de junho de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br





Número: **0000020-47.2020.8.17.2780**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Itapetim**

Última distribuição : **28/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 2.531,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
HELIO ROMULO DE SOUSA COSTA (AUTOR)		VANESSA SAMARA FERREIRA LEANDRO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
63889938	25/06/2020 14:20	ANEXO 1	Outros (Documento)



Companhia Energética de Pernambuco

Av. J. do Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-03 | Insc. Est. 0005943-3 | www.ojpe.com.br

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ANTONIO ALVES LIMA 30

CENTRO BREJINHO
BREJINHO PE
56740-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

076741502	UNICA	10/09/2019
10/09/2019	200200632	467391

CONTA DEBITADA	136,63
4002173234	09/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO (CUSTAS)
17/09/2019	11/10/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	136,63

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)			
Acréscimo Bandeira VERMELHA	144,0000000	0,71952320	112,25
Contrib. Ilum. Pública Municipal			8,17
ICMS Subvenção-CDE-NF 089030578-10/07/19			11,42
Multa por atraso-NF 089030578-10/07/19			0,99
Juros por atraso-NF 089030578-10/07/19			1,00
Atualização IGPM-NF 089030578-10/07/19			1,39
			0,62
TOTAL DA FATURA			

TOTAL DA FATURA

138.63

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								138,03
Nº DO RECEI	Tipo DA FUNÇÃO CAT	DATA	ART. 300 LEITURA	DATA	ART. 300 LEITURA	ÍNDICE CONSTANTE	ARISTE	CONSUMO (R\$)
40035946		09-08-2019	15 617,00	10-03-2019	15 791,00	32	9,0000	149,00

Sexo	Idade	Porcentagem
Masculina	0-4	10.5
	5-9	10.5
	10-14	10.5
	15-19	10.5
	20-24	10.5
	25-29	10.5
	30-34	10.5
	35-39	10.5
	40-44	10.5
	45-49	10.5
Feminina	0-4	10.5
	5-9	10.5
	10-14	10.5
	15-19	10.5
	20-24	10.5
	25-29	10.5
	30-34	10.5
	35-39	10.5
	40-44	10.5
	45-49	10.5

INFORMAZIONE IMPORTANTE

[illegible]

ATENÇÃO: A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

ENCARGOS, DEBITOS EXISTENTES CAUSADOS POR:

Vencido	Cl. Contab.	Valor	Vencido	Cl. Contab.	Valor
1000000	1000000	120.00			

Este documento foi produzido em um dos laboratórios e HAO e contém informações de caráter confidencial. Caso a sua natureza for puramente técnica, não será divulgado. Caso contrário, será divulgado apenas para os membros do Conselho de Administração e do Conselho de Administração. Este documento é propriedade da IBM e não deve ser divulgado sem a aprovação da IBM. Este documento é propriedade da IBM e não deve ser divulgado sem a aprovação da IBM. Este documento é propriedade da IBM e não deve ser divulgado sem a aprovação da IBM.

As a condition of sale, the
buyer must accept the goods
as they are, without warranty
of fitness for a particular
purpose, or of merchantability.
The buyer must also accept
the goods as they are, without
warranty of fitness for a particular
purpose, or of merchantability.
The buyer must also accept
the goods as they are, without
warranty of fitness for a particular
purpose, or of merchantability.

[illegible]

BUSH - Yalor do Exército de Uso do Sistema de Distribuição - P. 12



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 03410864-60 4 - Nome completo da vítima: Helio Romulo de Sousa Costa

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Helio Romulo de Sousa Costa 6 - CPF: 03410864-60
7 - Profissão: Recuo. 8 - Endereço: Rua Antonio Alves Lima 9 - Número: 30 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Bagermo 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56740-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 083398131-7272

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 5206 CONTA: 10885
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BAGERMO-PE, 30 DE NOVEMBRO DE 2013.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Helio Romulo de Sousa Costa

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 5296 CONTA: 10885 AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

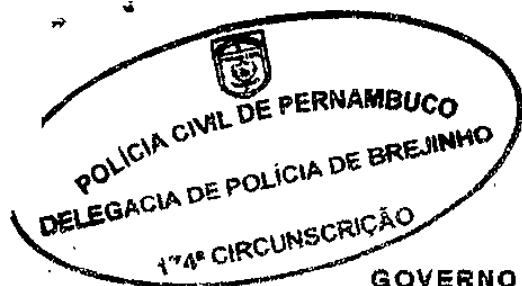
40 - Local e Data, BASTIANOS-PE, 30 DE NOVEMBRO DE 2013.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 174ª CIRCUNSCRIÇÃO - BREJINHO -
DINTER2/20ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0264000303

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 08/10/2019 às
11:53

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 3/9/2019 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **SÍTIO LAGGINHA - BREJINHO/PERNAMBUCO**
/BRASIL Próximo a: **MUNICÍPIO DE BREJINHO, 001 - Bairro: CENTRO -**
BREJINHO/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
RODRIGO LOPES DA COSTA (TESTEMUNHA)
HELIO ROMULO DE SOUZA COSTA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): **HELIO ROMULO DE SOUZA COSTA**

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

HELIO ROMULO DE SOUZA COSTA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
IRACI GUEDES DE SOUZA Pai: FRANCISCO JANDARIO DA COSTA Data de Nascimento:
2/5/1991 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Residência: **RUA ANTONIO ALVES DE LIMA - BREJINHO/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo
a: **MUNICÍPIO DE BREJINHO, 30 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO -**
BREJINHO/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: DESCONHECIDO
Data de Nascimento: **1/1/2000 Naturalidade: BREJINHO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residência: **- BREJINHO/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE BREJINHO,**
001 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BREJINHO/PERNAMBUCO/BRASIL

RODRIGO LOPES DA COSTA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
GIVANILDA LOPES DA COSTA Pai: REGINALDO FRANCISCO DA COSTA Data de
Nascimento: 11/12/1994 Naturalidade: BREJINHO / PERNAMBUCO / BRASIL
Residência: **RUA JOÃO NUNES - BREJINHO/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO**
DE BREJINHO, 170 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BREJINHO/PERNAMBUCO
/BRASIL



Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **HELIO ROMULO DE SOUZA COSTA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **HELIO ROMULO DE SOUZA COSTA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 135 FAN MIX ESDI** Objeto apreendido:
Não
Cor: **PRATA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

A VITIMA VEIO ATE A DP 174 E INFORMOU QUE SOFREU UM ACIDENTE DE MOTO NO SÍTIO LAGOINHA MUNICIPIO DE BREJINHO, EM MARÇO, QUE DECORRENTE DESTA ACIDENTE SOFREU UMA PERDA AUDITIVA E NA VISÃO PASSANDO POR PROCEDIMENTOS CIRURGICOS, CONFORME CONSTA EM LAUDO MEDICO. QUE O ACIDENTE SUPRACITADO OCORREU EM UMA MOTO HONDA CG 135 FAN ESDI, DE COR PRATA FABRICAÇÃO 2019 DE PLACA PEH0361 CHASSI 9C3MG1980BR302921 SENDO O PROPRIETARIO DO VEICULO, JOÃO PAULO BATISTA, QUE FOI SOGGERIDO POR TECEIROS PARA O HOSPITAL DE BREJINHO E POSTERIORMENTE PARA AFOGADOS DA INGAZEIRA HOSPITAL EMILIA CAMARA, SENDO ENTÃO ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, RECIFE/PE.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Helio Romulo de Souza Costa

HELIO ROMULO DE SOUZA COSTA
(VITIMA)

Rodrigo Lopes da Costa
RODRIGO LOPES DA COSTA
(TESTEMUNHA)

[Assinatura]
B.O. registrado por: **MARIANA DE MEDEIROS FARIAS** - Matrícula: **3274722**



Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190711579

Vítima: HELIO ROMULO DE SOUSA COSTA

Data do Acidente: 03/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), HELIO ROMULO DE SOUSA COSTA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 10.968,75

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda auditiva total bilateral (surdez completa) 50%

Graduação: Em grau leve 37,5%

% Invalidez Permanente DPVAT: (37,5% de 50%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda da visão de um olho 50%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 50%) 37,50%

Valor a indenizar: 37,50% x 13.500,00 = R\$ 5.062,50

Recebedor: HELIO ROMULO DE SOUSA COSTA

Valor: R\$ 10.968,75

Banco: 104

Agência: 000001296

Conta: 0000010885-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas,





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 23 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190711579

Vítima: HELIO ROMULO DE SOUSA COSTA

Data do Acidente: 03/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), HELIO ROMULO DE SOUSA COSTA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15279674





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 27 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190711579

Vítima: HELIO ROMULO DE SOUSA COSTA

Data do Acidente: 03/03/2019

Cobertura: INVALEDEZ

Procurador: JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), HELIO ROMULO DE SOUSA COSTA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00681/00692 - carta_02 - INVALEDEZ

0060341



Carta nº 15297058





COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DA PARAIBA
AVENIDA FLICIANO CIRNE, CAGEPA, 220 JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-570
INPI: 09.123.654/0001-87 ISNC-ESTADUAL Nº 1.60572029
Informações e/ou Retificações Ligue 119

SEGUNDA VIA

CODIGO PARA
DEBITO AUTOMATICO
00883444.5

Nº Documento: 00191828834445

ENDEREÇO: PATOS

MATRÍCULA
00883444.5

CLIENTE
JOSE OTAVILIO BATISTA DE LIMA

CPF/CNPJ
08.111.111-11

VENCIMENTO
09/08/2019

INSCRIÇÃO
075.110.405.0064.000

ENDEREÇO DO IMÓVEL
RUA ANTONIO BARRETO, 41 - MONTE CASTELO PATOS PB 58907-180

FATURA
09/0619

RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA

ÁGUA
LIGADO

ESGOTO
LIGADO

ULTIMOS CONSUMOS

07/2019 -	2	06/2019 -	2
05/2019 -	2	04/2019 -	2
03/2019 -	2	02/2019 -	2

ECONOMIAS: CONF. POR ECONOMIA COD. AUXILIAR

-	2	R	53.12
---	---	---	-------

LEITURA		CONSUMO		CONSUMO-DETA
ANTERIOR	ATUAL	(M³)	DIAS	(M³)
52	54	2	31	0,07
16/07/2019	16/08/2019	Mês: 1		0,07

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

ÁGUA
RESIDENCIAL 001 UNIDADE
CONSUMO DE ÁGUA
ESGOTO
RESIDENCIAL 001 UNIDADE
CONSUMO DE ESGOTO
ADRESCIMOS: MÊSES: ANT. 16/2019
JURCO DE MORA 06/2019

2 M3

37,31

2 M3

30,33

1,36

1,41

Valor aproximado dos tributos PIS e COFINS, Lei 10.741 de 2003, de 10/07

CONTA RETIFICADA

TOTAL

R\$

69,71

#CHEGADETRABALHOINFANTIL

INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO 07/2019

Anexo 20 Portaria 05/2017 MS

Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio
Turbidez	0,99	Cor Aparente	8,80	Bact. Heterotróficas		Colif. Totais	
Cloro (mg/L)	1,70	P.H.	6,60	Colif. Termotolerantes			

VIA CLIENTE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 28/08/2019



MATRÍCULA
00883444.5

INSCRIÇÃO
075.110.405.0064.000

FATURA
08/2019

NÃO RECEBER APÓS
31/08/2019

VENCIMENTO 09/08/2019

VALOR R\$

69,71

GRUPO: 550

SERIAL: 1

CONTA RETIFICADA

8261000000-7 69710010075-2 00883444501-8 08101910003-9

VIA CAGEPA



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:	17/01/2020
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	10.968,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: HELIO ROMULO DE SOUSA COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01296

CONTA: 000000010885-0

Nr. da Autenticação DB989DB0FE983DCF



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: Helio Romulo de Sousa Costa, CPF 103.410.864.60 e RG 7817520, Órgão emissor SDS-PE, Est. Civil Recuso, profissão Recuso, Endereço Rua Antonio Alves Lima, 30 bairro centro, cidade de Buzinho - PE, CEP nº 56740-000.

OUTORGADO: **JOSÉ OTACILIO BATISTA DE LIMA**, brasileiro, casado, autônomo, portador do RG 7092913 SDS/PE e CPF nº 081.886.574-17, Endereço Rua Antônio Barreto, 41, Bairro Monte Castelo, cidade de Patos-PB. CEP 58707-180, contato (83)9.9131-7273/9.9142-2322.

PODERES: Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, Nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório- DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do **Seguro DPVAT** referente à:

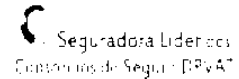
VÍTIMA: Helio Romulo de Sousa Costa
CPF: 103.410.864.60, data acidente 03/03/2019,
cobertura solicitada: (x) Invalidez Permanente () DAMS () Morte

Local e data: Santa Terezinha - PE 02/08/2019

Helio Romulo de Sousa Costa
OUTORGANTE

SERVENTIA-REGISTRAL E NOTARIAL-DE-SANTA-TEREZINHA	
TITULAR: HUGO ARAÚJO MONTEIRO	
Telefone: (87) 3859-2395	
RECONHEÇO A AUTENTICIDADE A FIRMA DE HELIO ROMULO DE SOUSA COSTA. O REFERIDO É VERDADE E DOU FÉ. SANTA TEREZINHA/PE, 02/08/2019; ENCARGAMENTOS: R\$ 37,39 TSNA R\$ 0,80 FERM R\$ 0,04 FUNSEG R\$ 0,08 FERC R\$ 0,40 ISS R\$ 0,20 TOTAL R\$ 44,91. 1159297.JCA07201903.00057	
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital	

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0461364/19
Vítima: HELIO ROMULO DE SOUSA COSTA
CPF: 103.410.864-60
CPF de: Próprio
Data do acidente: 03/03/2019
Titular do CPF: HELIO ROMULO DE SOUSA COSTA
Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA : 081.886.574-17

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

HELIO ROMULO DE SOUSA COSTA : 103.410.864-60

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 19/12/2019
Nome: HELIO ROMULO DE SOUSA COSTA
CPF: 103.410.864-60

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/12/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

HELIO ROMULO DE SOUSA COSTA

MANOEL COELHO NETO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190711579 Cidade: Brejinho Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: HELIO ROMULO DE SOUSA COSTA Data do acidente: 03/03/2019 Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO COMPLEXO DO 1/3 MÉDIO DA FACE À DIREITA (PG 17).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações: PG 6 8 - CIRURGIA
@PG 19 21 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190711579 Cidade: Brejinho Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: HELIO ROMULO DE SOUSA COSTA Data do acidente: 03/03/2019 Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO COMPLEXO DO 1/3 MÉDIO DA FACE À DIREITA (PG 17).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações: PG 6 8 - CIRURGIA
@PG 19 21 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190711579**

Nome do(a) Examinado(a): **HELIO ROMULO DE SOUSA COSTA**

Endereço do(a) Examinado(a):

R ANTONIO ALVES LIMA, 38 - Brejinho - PE - CEP 56740-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SDS /PE**] **7817520**

Data e local do acidente: [**03/03/2019**] **BREJINHO PE**

Data e local do exame: [**03/01/2020**] **Pombal** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO DIREITO. FRATURA DOS OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ. FRATURA DAS PAREDES SUPERIOR/SÚPERO-LATERAL INFERIOR DA ÓRBITA DIREITA. FERIMENTO CORTO-CONTUSO EM SUPERCÍLIO DIREITO. TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO COM PNEUMOENCEFALO.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

AO EXAME APRESENTA DEFORMIDADE EM REGIÃO DA HEMIFACE DIREITA ONDE NOTA-SE AFUNDAMENTO DA REGIÃO ORBITAL DIREITA COM ASSIMETRIA IMPORTANTE E AFUNDAMENTO DA REGIÃO ORBITAL DE 02 CM E REBAIXAMENTO DA CAVIDADE ORBITAL DE 01 CM. AUMENTO DE VOLUME DE A CUSTA DE PARTES ÓSSEAS EM REGIÃO ZIGOMÁTICA A DIREITA, DOR DURANTE A ABERTURA DA CAVIDADE BUCAL COM ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR E ESTALIDOS E DOR DURANTE A MASTIGAÇÃO DE ALIMENTOS COM MAIOR CONSISTÊNCIA E DOR A PALPAÇÃO DA FACE ANTERIOR DA REGIÃO DO TERRITÓRIO ZIGOMÁTICO. DIMINUIÇÃO DA ABERTURA DA CAVIDADE BUCAL EM 2 CM, FAZ USO DE ANALGÉSICOS PARA CONTROLE DAS CRISES ÁLGICAS. APRESENTA LAUDO OFTALMOLÓGICO ONDE RELATA USO DE MALEATO DE TIMOLOL 0,5% PARA TRATAMENTO DE GLAUCOMA PRIMÁRIO E PERDA DA VISÃO DO OLHO DIREITO E APRESENTANDO MÍNIMA DILATAÇÃO PUPILAR DIREITA. TRAZ LAUDO DE OTORRINOLARINGOLOGISTA CRM 23507 ONDE EVIDENCIA O MESMO APRESENTA PERDA AUDITIVA UNILATERAL A ESQUERDA EM GRAU PROFUNDO APÓS ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

TRATAMENTO CIRÚRGICO EM 25/03/2019 COM OSTEOSSÍNTESE COM REDUÇÃO DAS FRATURAS DA FACE COM PLACAS E PARAFUSOS, OSTEOPLASTIA DO ARCO ZIGOMÁTICO, DESCOMPRESSÃO DE ÓRBITA E RECONSTRUÇÃO DE PAREDES ORBITÁRIAS. TRATAMENTO CONSERVADOR DAS DEMAIS LESÕES, EVOLUINDO SEM COMPLICAÇÕES, COM ALTA HOSPITALAR EM 28/03/2019. RETORNO HOSPITALAR COM PARALISIA DO SEGUNDO E TERCEIRO PAR CRANIANO À DIREITA E COM NEUROPATIA ÓPTICA TRAUMÁTICA, EDEMA BIPALPEBRAL, SUTURA EM LACERAÇÃO PALPEBRAL SUPERIOR DIREITA, ENOFTALMIA, SENDO REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR, ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA DEFINITIVA.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Perda parcial da visão à direita, Perda parcial da acuidade auditiva à esquerda, Dano cranio facial



Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser
repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não
existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
Olho direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):
Estruturas cranio faciais
% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):
Ouvindo esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CRM-PB 8085 - CRM-PF 24411
FEOT 14830



Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190711579

Cidade: Brejinho

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: HELIO ROMULO DE SOUSA COSTA

Data do acidente: 03/03/2019

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO DIREITO. FRATURA DOS OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ. FRATURA DAS PAREDES SUPERIOR/SÚPERO-LATERAL INFERIOR DA ÓRBITA DIREITA. FERIMENTO CORTO-CONTUSO EM SUPERCÍLIO DIREITO. TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO COM PNEUMOENCEFALO.

Descrição do exame físico: AO EXAME APRESENTA DEFORMIDADE EM REGIÃO DA HEMIFACE DIREITA ONDE NOTA-SE AFUNDAMENTO DA REGIÃO ORBITAL DIREITA COM ASSIMETRIA IMPORTANTE E AFUNDAMENTO DA REGIÃO ORBITAL DE 02 CM E REBAIXAMENTO DA CAVIDADE ORBITAL DE 01 CM. AUMENTO DE VOLUME DE A CUSTA DE PARTES ÓSSEAS EM REGIÃO ZIGOMÁTICA A DIREITA, DOR DURANTE A ABERTURA DA CAVIDADE BUCAL COM ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR E ESTALIDOS E DOR DURANTE A MASTIGAÇÃO DE ALIMENTOS COM MAIOR CONSISTÊNCIA E DOR A PALPAÇÃO DA FACE ANTERIOR DA REGIÃO DO TERRITÓRIO ZIGOMÁTICO. DIMINUIÇÃO DA ABERTURA DA CAVIDADE BUCAL EM 2 CM, FAZ USO DE ANALGÉSICOS PARA CONTROLE DAS CRISES ÁLGICAS. APRESENTA LAUDO OFTALMOLÓGICO ONDE RELATA USO DE MALEATO DE TIMOLOL 0,5% PARA TRATAMENTO DE GLAUCOMA PRIMÁRIO E PERDA DA VISÃO DO OLHO DIREITO E APRESENTANDO MÍNIMA DILATAÇÃO PUPILAR DIREITA. TRAZ LAUDO DE OTORRINOLARINGOLOGISTA CRM 23507 ONDE EVIDENCIA O MESMO APRESENTA PERDA AUDITIVA UNILATERAL A ESQUERDA EM GRAU PROFUNDO APÓS ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO EM 25/03/2019 COM OSTEOSSÍNTESE COM REDUÇÃO DAS FRATURAS DA FACE COM PLACAS E PARAFUSOS, OSTEOPLASTIA DO ARCO ZIGOMÁTICO, DESCOMPRESSÃO DE ÓRBITA E RECONSTRUÇÃO DE PAREDES ORBITÁRIAS. TRATAMENTO CONSERVADOR DAS DEMAIS LESÕES, EVOLUINDO SEM COMPLICAÇÕES, COM ALTA HOSPITALAR EM 28/03/2019. RETORNO HOSPITALAR COM PARALISIA DO SEGUNDO E TERCEIRO PAR CRANIANO À DIREITA E COM NEUROPATIA ÓPTICA TRAUMÁTICA, EDEMA BIPALPEBRAL, SUTURA EM LACERAÇÃO PALPEBRAL SUPERIOR DIREITA, ENOFTALMIA, SENDO REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR. ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA DEFINITIVA.

Sequelas permanentes: Perda parcial da visão à direita, Perda parcial da acuidade auditiva à esquerda, Dano cranio facial

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 03/01/2020

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa)	50 %	Em grau leve - 37,5 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Perda da visão de um olho	50 %	Em grau intenso - 75 %	37,5%	R\$ 5.062,50
Total			81,25 %	R\$ 10.968,75



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190711579

Cidade: Brejinho

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: HELIO ROMULO DE SOUSA COSTA

Data do acidente: 03/03/2019

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO DIREITO. FRATURA DOS OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ. FRATURA DAS PAREDES SUPERIOR/SÚPERO-LATERAL INFERIOR DA ÓRBITA DIREITA. FERIMENTO CORTO-CONTUSO EM SUPERCÍLIO DIREITO. TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO COM PNEUMOENCEFALO.

Descrição do exame físico: AO EXAME APRESENTA DEFORMIDADE EM REGIÃO DA HEMIFACE DIREITA ONDE NOTA-SE AFUNDAMENTO DA REGIÃO ORBITAL DIREITA COM ASSIMETRIA IMPORTANTE E AFUNDAMENTO DA REGIÃO ORBITAL DE 02 CM E REBAIXAMENTO DA CAVIDADE ORBITAL DE 01 CM. AUMENTO DE VOLUME DE A CUSTA DE PARTES ÓSSEAS EM REGIÃO ZIGOMÁTICA A DIREITA, DOR DURANTE A ABERTURA DA CAVIDADE BUCAL COM ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR E ESTALIDOS E DOR DURANTE A MASTIGAÇÃO DE ALIMENTOS COM MAIOR CONSISTÊNCIA E DOR A PALPAÇÃO DA FACE ANTERIOR DA REGIÃO DO TERRITÓRIO ZIGOMÁTICO. DIMINUIÇÃO DA ABERTURA DA CAVIDADE BUCAL EM 2 CM, FAZ USO DE ANALGÉSICOS PARA CONTROLE DAS CRISES ÁLGICAS. APRESENTA LAUDO OFTALMOLÓGICO ONDE RELATA USO DE MALEATO DE TIMOLOL 0,5% PARA TRATAMENTO DE GLAUCOMA PRIMÁRIO E PERDA DA VISÃO DO OLHO DIREITO E APRESENTANDO MÍNIMA DILATAÇÃO PUPILAR DIREITA. TRAZ LAUDO DE OTORRINOLARINGOLOGISTA CRM 23507 ONDE EVIDENCIA O MESMO APRESENTA PERDA AUDITIVA UNILATERAL A ESQUERDA EM GRAU PROFUNDO APÓS ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO EM 25/03/2019 COM OSTEOSÍNTESE COM REDUÇÃO DAS FRATURAS DA FACE COM PLACAS E PARAFUSOS, OSTEOPLASTIA DO ARCO ZIGOMÁTICO, DESCOMPRESSÃO DE ÓRBITA E RECONSTRUÇÃO DE PAREDES ORBITÁRIAS. TRATAMENTO CONSERVADOR DAS DEMAIS LESÕES, EVOLUINDO SEM COMPLICAÇÕES, COM ALTA HOSPITALAR EM 28/03/2019. RETORNO HOSPITALAR COM PARALISIA DO SEGUNDO E TERCEIRO PAR CRANIANO À DIREITA E COM NEUROPATIA ÓPTICA TRAUMÁTICA, EDEMA BIPALPEBRAL, SUTURA EM LACERAÇÃO PALPEBRAL SUPERIOR DIREITA, ENOFTALMIA, SENDO REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR. ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA DEFINITIVA.

Sequelas permanentes: Perda parcial da visão à direita, Perda parcial da acuidade auditiva à esquerda, Dano cranio facial

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 03/01/2020

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa)	50 %	Em grau leve - 37,5 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Perda da visão de um olho	50 %	Em grau intenso - 75 %	37,5%	R\$ 5.062,50
Total			81,25 %	R\$ 10.968,75



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014487237
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 Cód. Renavam 280736452 R.N.T.R.C. ***** 2019

NOME
JOAO PAULO BATISTA

BRASILEIRO - BR

104.554.314-42 PLACA PRH0361

PLACA ANT. / UP ***** 9C2KCI680BR302621 CHASSI

ESPECIE TIPO PAS / MOTOCICLETA COMBUSTIVEL ALCO / GASOL

MARCA / MODELO HONDA / CG150 FAN BDDI ANO FAB. 2010 ANO MOD. 2011

CAP. POT. / CIL 2P / 149CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRATA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1º VENC. / COTAS
IPVA 2019 QUITADO 1º *****

FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS 2º *****
A 1º *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
80.11 0.32 84.58 25/01/19

SEM RESERVA OBSERVAÇÕES

LOCAL BRASILEIRO DATA 28/01/19

DETRAN - PE

DETRAN - PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT

PE Nº 014487237722 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOAO PAULO BATISTA

RUA SAO SEBASTIAO 98 56740-000

CASA CENTRO BRASILEIRO - PE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800.022.1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 28/01/19

VIA "I" CPF / CNPJ 104.554.314-42 PLACA PRH0361

RENAVAM 280736452 MARCA / MODELO HONDA / CG150 FAN BDDI

ANO FAB. 2010 CATEG. 09 CHASSI 9C2KCI680BR302621

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRB (R\$) 36.05 DENATRAM (R\$) 4.01 CUSTO DO SEGURO (R\$) 40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 IOF (R\$) 0.32 TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) 84.58

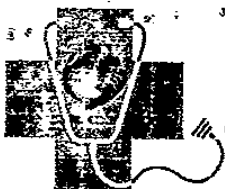
PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 25/01/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.009/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
ELE NÃO É DE PORTES OBRIGATORIO.





HCFR
HOSPITAL CLOTILDES DE FONTE RANGEL
MANUTIDO PELA Associação e Proteção à Maternidade e à Infância de Brejinho-PE.
Rua: 20 de Dezembro, S/N- Centro Brejinho-PE.
FONE: 087-3850-1291

DECLARAÇÃO

Eu, Mauricio Cristian Santos Leite, brasileiro, natural de Brejinho – PE, portador do RG.: 8258144 **DECLARO**, para os devidos fins de direito, que Hélio Rômulo de Sousa Costa, 28 anos, deu entrada nesta unidade hospitalar – Hospital Clotildes de Fonte Rangel – no dia 03/03/2019, vítima de acidente motociclístico, e apresentava, à época, inconsciência, otorragia, e escoriações. Depois de realizados os cuidados da equipe de enfermagem, o mesmo foi encaminhado ao hospital regional Emília Câmara, em Afogados da Ingazeira - PE.

Por ser verdade, firmo o presente para que surte seus efeitos legais.

Brejinho, 12 de julho de 2019.

Mauricio Cristian Santos Leite
Diretor Administrativo
CPF: 092.042.834-58

Assinatura do Responsável



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1394104

Nome: Helio Ramulo de Souza Costa

Foi atendido às 08:12 hs. do dia 04/03/19

Diagnóstico Provável: Paciente vítima de
ocidente maxilofacial, com
com fratura C20D OPR, com
fratura 6 BKH-direita, p/2: 102-8.
Necessário a O30 (Adm'd O30 de
Helena Amador)

Tratamento Realizado: P/2: 102-8 dia 25/
03/19, por Dr. Belmino Amador Costa,
Dentista, com Aluno de Pós-graduação,
Dentista e Internista com uso de
2 placas 1.5 mm em região de fratura-direita
e 1 placa 1.5 mm em região de fratura-esquerda
e 1 tela em maxilar superior.

Observação: Tratamento no ambulatório de Dr. Belmino,
dia 29/04/19, às 06:00 horas,
com Dentista e Internista, Helena Amador.

Cópia de
Dentista e Traumatologia
Dr. Belmino Amador Costa
Residente HR/UPE
CRO-PE 13-314

Médico CRM Nº

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou
ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade de
tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público
do Estado de Pernambuco.

Cód. 0127



BOLETIM DE EMERGÊNCIA

[illegible]



FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL DE VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE

Definição de caso: Vítila de Acidente de Transporte Terrestre (ATT) atendida em serviço de saúde sentinela. Considera-se ATT aquele que envolve um veículo destinado, ou usado no momento do acidente, principalmente para transporte terrestre de pessoas ou mercadorias de um lugar para outro (CID - 10, Cap.XX)	Data de notificação ____/____/____
---	---------------------------------------

Dados da
Notificação

1. Unidade sentinela	3. Número de registro / Prontuário
2. Data do atendimento ____/____/____	

Dados de identificação da vítima

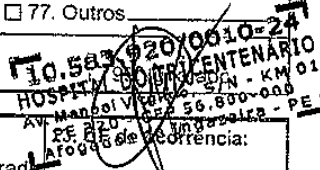
4. Nome do registro (civil)		5. Nome social (de identificação)	
6. Nome da mãe		7. Telefone	8. UF residência
9. Município de residência	10. Sexo ☒ 1. Masculino ☐ 2. Feminino ☐ 99. Ignorado	11. Gênero ☐ 1. Cis ☐ 2. Transexual Masc. ☐ 3. Transexual Fem. ☐ 4. Travesti ☒ 99. Ignorado	12. Data de nascimento ____/____/____
13. Idade ☐ 1. Dia ☐ 2. Mês ☐ 3. Ano	14. Raça/Cor: ☐ 1. Branca ☐ 2. Preta ☒ 4. Parda ☐ 3. Amarela ☐ 5. Indígena ☐ 99. Ignorado	15. Ocupações relacionadas ao setor de transporte ☐ 1. Sim ☐ 2. Não ☒ 88. Não se aplica ☒ 99. Ignorado	
16. Natureza da ocupação relacionada ao setor de transporte: ☐ 1. Motorista de carro de passeio ☐ 2. Motorista de táxi ☐ 3. Motorista de ônibus / similar ☐ 4. Motorista de caminhão ☐ 5. Motorista (Motoboy) ☐ 6. Condutor de veículo de tração animal ☐ 7. Condutor de veículo a pedais ☐ 8. Mototaxista ☐ 77. Outra: ☒ 88. Não se aplica ☒ 99. Ignorado			
17. Ocupação não relacionada ao setor de transporte:			

Dados da entrada
na unidade

18. Meio de locomoção da vítima ao chegar na unidade sentinela: ☐ 1. Veículo particular ☐ 2. Viatura policial ☐ 3. SAMU ☐ 4. Resgate / Bombeiro ☒ 5. Ambulância ☐ 6. Coletivo ☐ 7. A pé ☐ 99. Ignorado ☐ 77. Outros			
19. Condições de vítima ao chegar na unidade sentinela: ☐ 1. Consciente ☒ 2. Inconsciente ☐ 3. Morto			

Dados do Acidente

20. Data do acidente 03/03/19	21. Hora do acidente 21:00	22. Zona de ocorrência ☐ 1. Urbana ☒ 2. Rural ☐ 99. Ignorado
24. Município de ocorrência Bela Vista		
25. Logradouro (Rua, Avenida, Travessa, Km da Br, etc...) Sítio Balinga		
27. Bairro:		26. Nº
28. Ponto de referência:		
29. Tipo de Vítima ☒ 1. Condutor ☐ 2. Pedestre ☐ 3. Passageiro ☐ 4. Pessoa conduzida em local inadequado ☐ 99. Ignorado		
30. Meio de locomoção de vítima no momento do acidente: ☐ 1. A pé ☒ 3. Motociclista ☐ 2. Automóvel ☐ 4. Bicicleta ☐ 5. Ônibus/Similar ☐ 6. Veículo Pesado ☐ 7. Ambulância/SAMU/Resgate ☐ 8. Veículo de tração animal/Animal montado ☐ 9. Trem/Metrô ☐ 99. Ignorado		
31. Natureza do acidente ☒ 1. Colisão/Abaloamento ☐ 2. Atropelamento ☐ 3. Tombamento ou Capotamento ☐ 4. Queda em/do veículo ☐ 5. Choque com objeto fixo ☐ 6. Outro ☐ 99. Ignorado		





Numero do Reg

Atendimento: 1394104 Prontuário: 1669469
Paciente: HELIO ROMULO DE SOUZA COSTA
Nome Mãe: IRACI GUEDES DE SOUSA COSTA
End: RUA ANTONIO ALVES DE LIMA Nº 82
Bairro: CENTRO Cidade: BREJINHO PE
Nascimento: 02/05/1991
Localização: BUC. MAX. FAC. OFT. ALA N-6A
Leito: +24HS Serviço: NEUROCIRURGIA
Data e Hora Atendimento: 04/03/2019 08:15

AURAC.
ENETICA
NÃO
NÃO
OK
219
mela
miquel
29/03/2019

Il de Entrada: EMERGENCIA GERAL

1394104

04/03/2019 08:12

Atendimento Manual:

PROTESE

Cod. Paciente: 1669469 Paciente: HELIO ROMULO DE SOUZA COSTA

Data de nascimento: 02/05/1991 Idade: 27a 10m 2d

Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: Acompanhante: IRANILDO DE SOUSA

DOC ID / Data expedição: 7817520 / Mãe: IRACI GUEDES DE SOUSA COSTA
Pai: FRANCISCO JANUARIO DA COSTA

Cartão SUS:

Endereço: RUA ANTONIO ALVES DE LIMA
Bairro: CENTRO
Cidade: BREJINHO

Numero 82 81
Complemento:
UF: PE Telefone: 91297566

Ocorrências: 25/03 - Pador conf. pelo espere Roberto da Silva

Local do atendimento: QUEDA DE MOTO

Procedência: OUTRO HOSPITAL 04/03/19 - Pá vir tares (Iranildo)

Informações do Serviço Social:

Confirmação de nome: Confirmação de endereço: Fones: 1190

Providências: Alta ☐ Caso Social ☐ 05 03 19

Encaminhamentos: Rede de Apoio ☐ GPCA ☐ Cons. Tutelar ☐ Delegacias ☐ Minist. Publico ☐

Outros ☐

Observação: 05 03 19 - Locais orientados sobre o Seguro DPVAT.

Assistente Social

Assistente Social

História Clínica:

Paciente vítima de acidente de trânsito (moto x moto) há 12 horas com relato de queda e perda de consciência. Vem de Afogados da Engaçaria fto Teixeira em supercílio a 3.000 mil de SFO, 91. Realizou Rx de tórax no serviço porém não trouxe. No momento refere dispnéia, sangramento nasal e otorria.

Atendimento Médico

Perda de consciência: Sim ☐ Não ☒ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☒ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☒

Acidente de Trânsito: Sim ☒ Não ☐ Tipo: Transporte realizado Por: 19

Imobilização Cervical: Sim ☐ Não ☒ Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☒ Altura:

Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☒ Por Quê?

Exame Físico:

A: Geral Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☒ O paciente fala: Sim ☐ Não ☒ Temp:

CCR, consciente, orientado, apêndix do fôlego, acianótico, anicticos, eipneico

B: Respiratório

PA: X mm Pulso: 64 bpm

C: Circulatório

RCR em AT, BNF S/SS FC = 64 bpm

04-03-19

04-03-19

04-03-19

04-03-19

04-03-19

04-03-19

04-03-19

04-03-19

04-03-19

04-03-19

04-03-19



HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 04/03/2019 08:03

Nome Paciente: HELIO ROMULO DE SOUSA COSTA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 02/03/1991
Sexo: Masculino
Idade: 28
Senha: U0027
Convênio:
Atendimento:
SAME:

ATT 14/03/19
NEPI

Período: 04/03/2019 08:06 - 04/03/2019 08:07

MARIA JULIA NUNES - COREN: 312395 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

LARANJA - MUITO URGENTE

Cor:

LARANJA

Queixa Principal:

VITIMA DE QUEDA DE MOTO HA 12 H, ESTAVA SEM CAPACETE E ALCOOLIZADO, APRESENTA CORTE EM SUPERCILIO DIREITO E OTORRAGIA EM OUVIDO ESQ. RELATO DE PERDA D CONSCIENCIA.

Observação:

SENHA 5632875

Fluxograma sintoma:

TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO

Discriminador(es):

- MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO?

Especialidade:

NEUROCIRURGIA ADULTO

04/03/19

#NCR#

10:00h

Solicitado TAC de face e reconstrução 3D para avaliar platina em região orbital. TAC de crânio negatada (04/03/19): Pneumocéle.

dda: *[assinatura]*

#NCR

#05103119

à

08:00h

NO: TCC LCC (PNEUMO EN COMMA)

Paciente segue com TCC, sem indicação para

CC: 15, 9, 42

CA: 0 V. Q. H. N. C. S.

01 A L. M. A. S.

[assinatura]
Luiz Felipe de Souza
Neurocirurgião
CRM 15.409

Acolhido(a) por: MARIA JULIA NUNES - COREN: 312395 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 04/03/2019 08:07

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



FICHA DE ANESTESIA						Data 20/03/97	HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	PERNAMBUCO GOVERNO DO ESTADO	
Paciente MELHIO RIMILDI DE SOUZA COSTA						Sexo M	Cor B	Idade 27	Risco A
CRM 19800	Nome do Anestesta VAN MARTINE			Nome do Cirurgião BELAIR VASCONCELOS					
Medicação Pré-anestésica Diaz 166 9469						Urgência ☒ Não ☐ Sim			
Cirurgia	Froturas complexas da terna média de face fixada cirurgica (3-2-07-20-3) + osteotomia da arco zigomaxilar 3-2-07-03-9 e Descompressão de órbita 3-3-0-2) Reconstrução das paredes orbitárias (3-3-								
Horário 14:00								Quantidade	
O ₂									
N ₂ O									
Líquidos									
EKG									
Anotações	Técnicas Usadas Fentanyl 15mcg Konopid 1mg Roxatona 3mg Supravetelina 5mg Atropina 2q Sufuram 2q Dexametasona 1mg Pentitidina 5mg								
	Técnica Anestésica Anestesi - geral Indução com Propofol 1ml/kg e tubo 7.0 em S.A. mantido em UHFV em sistema encanado, controlado com redutor pressão de O₂.								

Monitorização	☐	BIS
☒ Cardíoscópio	☐	Temperatura
☒ Oxímetro	☐	Swan-Ganz
☒ PNI	☐	Analizador Gases
☐ Sonda Vesical	☐	PVC
☒ Capnógrafo	☐	Estimulador de Nervo
☐ Elet. Pré-Cordial	☐	Linha Arterial
☐ Outros	☐	Volemia IBP Plus

Encaminhado

☒ Acordado

☐ Sonolento

☐ Intubado

Destino

☒ SRPA

☐ Apart. / Ent.

☐ UTI

☐ Externo

Interconferência : ☒ Não ☐ Sim

Descrever :

Observações :

[Handwritten signature]

Jose A. L. da Silva S. A. Neto
Clínica Anestesiologia
CPF 066.702.464-56
CRM 10.500/030-225-81

Assinatura do Anestesiista :

COD. 0152



HR40

25-03-19

REGISTRO DE ENFERMAGEM CENTRO CIRÚRGICO-HR

PACIENTE: Helio Renuel REGISTRO: 2399035
 IDADE: 27 SEXO: M () F () SETOR DE PROCEDENCIA: cluf 606:01

1-EQUIPE CIRÚRGICA

CIRURGIÃO: Dr. Coelmo ANESTESISTA: Dr. Fiamante
 AUXILIAR: Dr. Buda AUXILIAR: Dr. Jairo INSTRUMENTADOR: —
 ENFERMEIRA: Suzana CIRCULANTE: Abigail Ana

2-DADOS DA CIRURGIA

CIRURGIA: Exst. corp. H3 INÍCIO: 14:15 TÉRMINO: 16:50
 TIPO DE ANESTESIA: geral INÍCIO: 14:00 TÉRMINO: 17:10

3-DADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

ESTADO GERAL: BOM () REGULAR () GRAVE () NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: CONSCIENTE () ORIENTADO () SONOLENTO () SEDADO () INCONSCIENTE ()
 RESPIRAÇÃO: ESPONTÂNEA () ENTUBADO () TRAQUEOSTOMIZADO () CIRCULAÇÃO: FREQUÊNCIA CARDÍACA: — PULSO: — RA: —
 PÊLE: ÍNTEGRA () LESIONADA () DIURESE: ESPONTÂNEA () SONDADA () DISPOSITIVO URINÁRIO () ALERGIA: — PERTENCES: —
 PREPARO PARA CIRURGIA: BANHO PRÉ-OP () TRICOTOMIA () MARCAÇÃO DO SITO CIRÚRGICO: SIM () NÃO () X PROTESE DENTÁRIA: SIM () NÃO () X

4-TRANS-OPERATÓRIO

POSICÃO: FOWLER () LATERAL () DORSAL () VENTRAL () GINECOLÓGICA () PROTEÇÃO OCULAR: SIM () NÃO () LOCAL DE PLACA CIRÚRGICA: cota 858
 CONTAGEM DE COMPRESSAS: INÍCIO: OK FINAL: OK CONTROLE DE PERFURAÇÕES: FIO AGULHADO: INÍCIO: — FIM: —
 ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO: SIM () NÃO () QUAL: cefazolin HORA: — PREENCHEU COTA: SIM () NÃO () X
 GARROTEAMENTO: SIM () NÃO () X TEMPO DE GARROTE: INÍCIO: — FINAL: —
 CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS: OK CONFERIDO POR: OK HORA: —

5-EQUIPAMENTOS/MATERIAIS

MONITOR () OXÍMETRO () CAPNÓGRAFO () PNEU () ASPIRADOR MONTADO () MANTA TÉRMICA () AP. VIDEO () TORPEDO DE NITROGENIO () TORPEDO DE CO2 () BISTURI ELÉTRICO () MICROSCOPIO () CAVITRÓN () INTENSIFICADOR () BOMBA DE INFUSÃO () DIPRIEFUSOR () ESTIMULADOR DE NERVOS () DERMATOMO () BISTURI ULTRASSÔNICO ()
 INSTRUMENTAIS CONSIGNADOS: SIM () NÃO () X

6-PEÇA CIRÚRGICA/EXAMES

ANATOMO PATOLÓGICO: SIM () NÃO () NOME DA PEÇA: — MATERIAL: —
 SOLUÇÃO: — IDENTIFICADO POR: —
 CULTURA: SIM () NÃO () EXAMES LABORATORIAIS: SIM () NÃO () GASOMETRIA: SIM () NÃO () RX: SIM () NÃO ()





HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PACIENTE

CIRURGIA

data 25/03/19

CIRCULANTE

13 medos 203119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

LAÇÃO DE MATERIAIS USADOS EM C. URGIA

REGISTRO

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

606-01

HR 40 anos

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

103119

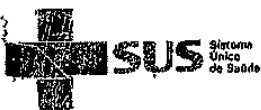
103119

103119

103119

103119

Cod. 0198



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital da Restauração

2 - CNES

0000655

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Helio Romulo de Souza Costa

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1669469

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

10 - TELEFONE DE CONTATO

11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

12 - TELEFONE DE CONTATO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TAC de próstata s/ contraste

14 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TAC de Ovarios e utero s/ contraste

16 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

18 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

20 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

22 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

TAC livre

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Dr. Leonardo Lima
Urologista / TSB1
CRM 13870

PROFISSIONAL SOLICITANTE

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

04 / 03 / 19

25 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

26 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)

Cod. 0421





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital da Restauração

2 - CNES

0000655

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Helio Roberto da Silva

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

10 - TELEFONE DE CONTATO

11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

12 - TELEFONE DE CONTATO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

Procedimento Especial

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

14 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

16 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

18 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

20 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

22 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

12/10/17

25 - N° DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

26 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO E CONSELHO)

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

29 - N° DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO E CONSELHO)

Cod. 042'





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
Hospital da Restauração

2 - CNES

0000855

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HR

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Alvaro Gomes de Saes Costa

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Adail Gomes de Saes Costa

11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

1394104

10 - DATA DE NASCIMENTO

02/05/1997

10 - TELEFONE DE CONTATO

12 - TELEFONE DE CONTATO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

Te de pte + SD

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

14 - Cód. PROCEDIMENTO

QTDE

16 - Cód. PROCEDIMENTO

QTDE

18 - Cód. PROCEDIMENTO

QTDE

20 - Cód. PROCEDIMENTO

QTDE

22 - Cód. PROCEDIMENTO

QTDE

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Examen de Saude

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

25.03.19

25 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

26 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)





Secretaria
da Saúde



Nome:	HELIO ROMULO DE SOUZA COSTA	Pedido: 535415
Idade:	27 anos, 10 meses e 13 dias	Sexo: M
Médico:	MEDICO-PLANTONISTA - EMER HR	Data do Pedido: 15/03/2019 15:46:00
Procedência:	SUS - INTERNACAO	Data do Laudo:
		Atendimento: 1394104

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DAS ÓRBITAS

TÉCNICA DE EXAME:

Realizados sequências em sagital T1, axial/FLAIR, coronal T1 e T2 interessando as órbitas, assim como axiais em T1 e T2 e sequências pós-contraste ponderado em T1, axiais e coronais.

ANÁLISE:

Sinais de fratura das paredes superior/súpero-lateral inferior da órbita direita, questionando-se ainda outras fraturas que tem maior dificuldade em sua avaliação na ressonância magnética, sugerindo-se correlação com tomografia para avaliação das fraturas e dos deslocamentos ósseos.

Há edema medular ósseo na parede superior da órbita.

Sinais de sinusopatia/conteúdo no interior do seio frontal direito, células etmoidais à direita e seio maxilar direito e seio esfenoidal, notando-se espessamento ainda da mucosa de revestimento do seio maxilar esquerdo e de algumas células etmoidais à esquerda.

A musculatura extrínseca da órbita direita apresenta-se ligeiramente espessada com alteração de sinal bem como maior realce após o contraste.

Também há obliteração da gordura retro-orbitária direita.

O nervo óptico não apresenta alteração de sinal quando comparado em relação ao contralateral com certa dificuldade de avaliação do mesmo na região do ápice da órbita no presente método.

DANIELA NOGUEIRA CRUZ
CRM: 11443

CRM:





Secretaria
de Saúde



Nome:	HELIO ROMULO DE SOUZA COSTA	Pedido: 535415
Idade:	27 anos, 10 meses e 13 dias	Sexo: M
Médico:	MEDICO-PLANTONISTA - EMER HR	Data do Pedido: 15/03/2019 15:46:00
Procedência:	SUS - INTERNACAO	Data do Laudo:
		Atendimento: 1394104

Também há edema da musculatura mastigadora na fossa temporal direita com realce após o contraste.

Os bulbos oftálmicos não apresentam alterações pelo método.

DANIELA NOGUEIRA CRUZ
CRM: 11443

CRM:





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 1394035/2019.

NOME: HELIO ROMULO DE SOUZA COSTA.

Foi atendido às 08h12 do dia 04.03.2019.

Diagnóstico provável: Fratura complexa de terço médio
de face (OPN, CBO(D), BLOW OUT(D), Maxila,
TCE - Pneumo encefalo e parasinuse
(Queda de moto) (D)

Tratamento realizado:

Trat. cirúrgico de fratura complexa de terço
médio de face + fixação cirúrgica +
Osteoplasia do arco zigomático + descompressão
de bázilas + reconstrução de paredes orbitárias.
em 25.03.2019

PNM de rotina Exames complementares,
Obs. Trat. de suporte clínico.
Antibióticos Enc. P/ FAV
Alta em 28.03.2019

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 20.05.2019 

SES - Hospital da Restauração
Dr. Franklin Serra
Médico do SAME
CRM: 7074

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040

Fones: 31815451/31815572





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO

PERNAMBUCO

GOVERNO DO ESTADO

Paciente:	Helio Romulo de Souza Costa	Registro:	
Clínica:		Box/Leito/Enfermaria:	

Longo de consulta

Paciente vítima de acidente motorístico dia 04/03/19 com fratura em C20D, OPN, parassupina D, lóbulo ant-D. Já submetido a procedimento cirúrgico para redução e fixação da fratura.

Segue o acompanhamento ambulatorial. Retornado para retornar nos próximos dias após avaliação 3 dias de internação.

Data: 22/05/19

Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

**ENCAMINHAMENTO
AO OTORRINOLARINGOLOGISTA**

ENCAMINHO O(A) SENHOR(A) HELIO ROMULO DE SOUZA COSTA, QUE SE ENCONTRA EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL NESTE SERVIÇO DE SAÚDE POR TCE (CID-10: S09), APRESENTANDO QUEIXA DE HIPOACUSIA EM OUVIDO ESQUERDO. SOLICITO AVALIAÇÃO E CONDUTA.

GRATO.

Recife - PE, 3 de julho de 2019.

Dr. Arlindo U. Netto
NEUROCIRURGIA
CRM-PE 21.405

MÉDICO RESIDENTE DO SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA
DO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO





SOLICITAÇÃO DE EXAMES / CONSULTAS

Empresa: FUNDACAO ALTINO VENTURA
Nome: HELIO ROMULO DE SOUSA COSTA
Nome Social:
Idade: 27
Diagnóstico:
Município: BREJINHO
Prioridade:
Olho único:

CNS: 898969149614960

Prontuário: 01978719

CID:

Atendimento: 03835669

MM:

CD:

OD OE

1- Angiografia ☐ ☐
2- Retinografia ☒ ☒
3- Retcam ☐ ☐

17- Siriús/Pentacam e Galilei ☐ ☐
18- Fotografia ☐ ☐

OCT

4.1- Papila ☐ ☐
4.2- Mácula ☒ ☒
4.3- Córnea ☐ ☐
5.1- Ultrassonografia ☐ ☐
5.2- USG Simples (Catarata/Córnea) ☐ ☐
6- PAM ☐ ☐
7- Biometria ☐ ☐
8- Microscopia Especular ☐ ☐
9- Topografia Corneana ☐ ☐
10- Paquimetria ☐ ☐
11- Campimetria 30-2 ☐ ☐
12- Campimetria 24-2 ☐ ☐
13- Campimetria 10-2 ☐ ☐
14- Campimetria FDT ☐ ☐
15- CTD ☐ ☐
16- Mapeamento de Retina ☐ ☐

19- Laser Retiniano

19.1- Focal Grid ☐ ☐
19.2- Panfoto ☐ ☐
19.3- Periferia ☐ ☐
19.4- Setorial ☐ ☐

20- Yag-Laser

20.1- Iridotomia Periférica ☐ ☐
20.2- Capsulotomia Posterior ☐ ☐

Outros

☐ 21- Glicemia de Jejum
☐ 22- Hb A1C
☐ 23- Hemograma completo com contagem de Plaquetas
☐ 24- TPAP com INR
☐ 25- TS, TC
☐ 26- HGT
☐ 27- Parecer Cardiológico c/Risco Cirúrgico
☐ 28- PVE
☐ 29- Eletroretinografia

RETORNO

Ambulatório de Volta: R2 / C2 ☐ Especialista:

AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO

☐ CATARATA (POLO) ☐ CATARATA (MOSTRA DE EXAMES) ☐ CATARATA COMPLICADA ☐ CATARATA CONGÊNITA ☐ CER - AVALIAÇÃO PSICOSSOCIAL ☐ CER - ESTIMULAÇÃO VISUAL CAT. CONGÊNITA ☐ CER - ESTRABISMO ☐ CER - NEUROPEDIATRIA ☐ CER - OFTALMOPEDIATRIA ☐ CER - BAIXA VISÃO	☐ CER - REFRAÇÃO BAIXA VISÃO ☐ Córnea ☐ Córnea POS-TRANSPLANTE ☐ GLAUCOMA CLÍNICO ☐ INCLUSÃO PROJ. GLAUCOMA ☐ VOLTA PROJETO GLAUCOMA ☐ GLAUCOMA CIRÚRGICO ☐ NEUROFTALMO ☐ PLÁSTICA OCULAR ☐ REFRAÇÃO ☐ AMB. PTERIGIO (JABOATÃO)	☐ RETINA CIRÚRGICA ☐ RETINA CLÍNICA ☐ RETINA OCLUSÕES VASCULARES ☐ DPO LUCENTIS ☐ RETINOBLASTOMA ☐ TUMOR ANTERIOR ☐ TUMOR POSTERIOR ☐ UVEÍTE ☐ TROCA DE LENTE TERAPEUTICA ☐ LENTE DE CONTATO ☒ SEM RETORNO NO MOMENTO
---	--	---

Observação:

MEDICO SOLICITANTE	DATA
Dr(a): PAULO ROMERO LEITE AQUINO CRM.24645 OFTALMOLOGIA	07/03/2019 14:27:18 usuário:PAULOQUINO

Central de marcação de consulta: 81 3081.3030

Faça sua doação: Telefone: 81 3221.3008 - Internet: www.doefav.com





Paciente : HELIO ROMULO DE SOUSA COSTA
Registro : 01978719
Atendimento: 3853933

AO CIRURGIÃO BUCOMAXILOFACIAL

PACIENTE COM MULTIPLAS FRATURAS DE ÓRBITA À DIREITA + RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO OCULAR + SEQUELA VISUAL (NEUROPATIA ÓPTICA TRAUMÁTICA).
PACIENTE PODERÁ SER SUBMETIDO A CIRURGIA FACIAL. ENTRETANTO ESCLAREÇO SOBRE PROGNÓSTICO VISUAL RESERVADO.

ATENCIOSAMENTE

André Luiz de A. Mendes Recife, 20/03/2019
Médico
CRM-PE 26.576

Prestador: ANDRE LUIZ DE ARAUJO MENDES
CRM-26576

Rua da Soledade, 170, Boa Vista, 50.070-040 - Recife - Perna (81) 3302.4300
Central de marcação de consultas (81) 3081.3030
Faça sua doação: Telefone: (81) 3221.3008 - Internet: www.doefav.com



07/03/19

Nome: HELIO ROMULO DE SOUSA COSTA

Idade: 27 Anos, 10 Meses e 5 Dias

Nome Social:

Registro: 01978719

Atendimento: 03835669

Data e Hora do Atendimento: 07/03/19 11:25

Endereço: RUA JOAO NUNES, 10, CENTRO, BREJINHO

Mãe: IRACI DE SOUSA COSTA

Consulta Enfermeiro (a) / Classificação: NATHALY WANDERLEY M. SIMAS Prioridade: VERMELHO

Queixa Principal: PACIENTE VEM ENCAMINHADO DO HR PARA AVALIAÇÃO EM OD

REFERE TRAUMA (ACIDENTE DE MOTO)

EVOLUINDO COM BAV EM OD

Alergia:

Observação: NEGA ALERGIAS

CONSULTA MÉDICA

PACIENTE ENCAMINHADO DO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO APOS ACIDENTE MOTOCICLISTICO DIA 03/03/19. QUEIXA-SE DE BAV EM OLHO DIREITO E TRAZ ENCAMINHAMENTO COM DIAGNOSTICO DE FATURA EM RI. OWOUT A DIREITA E CZO.

PACIENTE APRESENTANDO RINORREIA, NAUSEA E MAL ESTAR DURANTE EXAME

OD: EDEMA COM QUEMIOSE BIPALPEBRAL, SUTURA EM LACERAÇÃO PALPEBRAL SUPERIOR, ENOFTALMIA, E OFTALMOPLÉGIA, CONJUNTIVA ALGO HIPEREMIADA, CORNEA TRANSPARENTE, CAF, FACICO. EXAME EM LAMPADA DE FENDA FOI INTERROMPIDO APOS MAL ESTAR DE PACIENTE

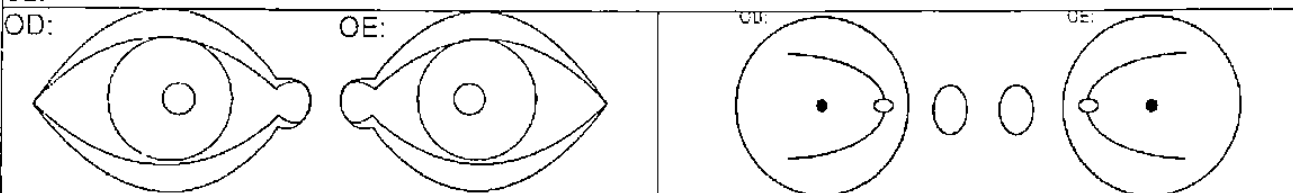
OE: CONJUNTIVA CALMA, CORNEA TRANSPARENTE, FLUOR NEG, CAF, SEM RCA, FACICO

MAPEAMENTO / BIO DE FUNDO

MAPEAMENTO DE RETINA < SELECIONE MAPEAMENTO DE RETINA

OD: DOC E COM BORDOS BEM DELIMITADOS, EP 0,4, RETINA APLICADA EM POLO POSTERIOR, ALTERAÇÃO DO BRILHO MARCULAR

OE:



AVL

S/C ☒ C/PH ☐ C/C ☐

TONOMETRIA

HORA:

OD: CD 50CM

OE: 20/30

OD:

OE:

Exames: Gonioscopia ☐ / Outros (Reflexos/ Versões/ Reavaliação)

ANISOCORIA D>E; OD FOTOMOTOR DIRETO ABOLIDO A DIREITA E PRESERVADO A ESQUERDA; NAO CONSIGO

AVALIAR CONSENSUAL DE AMBOS OS OLHOS POR COLABORAÇÃO.

Retirada de Corpo Estranho ☐ Retirada de Sutura ☐ Colocação Lente Contato Terapêutica ☐ Tubo Ahmed ☐
PI por Yag Laser ☐ Ultrassom ☐

CONDUTA: DILATAR

REALIZADO RETI E OCT

DISCUTO CASO COM DR FELIPE COSTA QUE ORIENTA: ALTERAÇÕES DE REFLEXO ASSOCIADA A BAV APOS TRAUMA PODE SER SECUNDÁRIA A NEURITE OPTICA RETROBULBAR. SUGERE REALIZAÇÃO DE RNO COM ENFASE EM ORBITA + RETORNO 4ª FEIRA PARA AVALIAÇÃO POR DRA LAURA.

CONSULTA COM ESPECIALISTA:

DIAGNÓSTICO: TRAUMA + LESÃO DE 3º NC A DIREITA? + LESÃO DE 2º NC A DIREITA?

CID: clicar para informar o cid

PROCEDIMENTO: HORAS EM OBSERVAÇÃO:

CONDIÇÕES DE ALTA: ☐ CURADO ☐ MELHORADO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ ÓBITO ☐ EVASÃO ☐ ADMINISTRATIVA ☐ A PEDIDO

Dr(a). PAULO ROMERO LEITE AQUINO CRM: 24645 Data e Hora: 07/03/2019 11:41:09

TERMO DE CONSENTIMENTO

AUTORIZO A FUNDAÇÃO ALTINO VENTURA A REALIZAR O TRATAMENTO, CLÍNICO E/OU CIRÚRGICO, COM OU SEM EXAMES COMPLEMENTARES DEVIDO AO CARÁTER DE URGÊNCIA, COM TRANSPORTE PARA OUTRO SERVIÇO SE NECESSÁRIO.

Central de marcação de consulta: 81 3081.3030

Faça sua doação: Telefone: 81 3221.3008 - Internet: www.doefav.com



ATENDIMENTO MÉDICO DE EMERGÊNCIA

ALTA DO ACOMPANHAMENTO NA EMERGÊNCIA

CONSULTA COM ESPECIALISTA:

DIAGNÓSTICO: FRATURA MULTIPLA DE ORBITA

PARALISIA DE II PAR À DIREITA

PARALISIA DE III PAR À DIREITA

NEUROPATIA ÓPTICA TRAUMÁTICA

CID: clicar para informar o cid

PROCEDIMENTO:

HORAS EM OBSERVAÇÃO:

CONDIÇÕES DE ALTA: ☐ CURADO ☐ MELHORADO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ ÓBITO ☐ EVASÃO ☐ ADMINISTRATIVA ☐ A PEDIDO

Dr(a). ANDRE LUIZ DE ARAUJO MENDES CRM: 26576 Data e Hora: 20/03/2019 09:07:34

TERMO DE CONSENTIMENTO

AUTORIZO A FUNDAÇÃO ALTINO VENTURA A REALIZAR O TRATAMENTO, CLÍNICO E/OU CIRÚRGICO, COM OU SEM EXAMES COMPLEMENTARES DEVIDO AO CARÁTER DE URGÊNCIA, COM TRANSPORTE PARA OUTRO SERVIÇO SE NECESSÁRIO.

NOME DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

DOCUMENTO/PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA

Central de marcação de consulta: 81 3081.3030
Faça sua doação: Telefone: 81 3221.3008 - Internet: www.doefav.com



Nome: HELIO ROMULO DE SOUSA COSTA

Idade: 27 Anos, 10 Meses e 18 Dias

Nome Social:

Registro: 01978719

Atendimento: 03853933

Data e Hora do Atendimento: 20/03/19 08:33

Endereço: RUA JOAO NUNES, 10, CENTRO, BREJINHO

Mãe: IRACI DE SOUSA COSTA

Consulta Enfermeiro (a) / Classificação: MARIA ROZIVANIA F DA FONSECA Prioridade: LARANJA

Queixa Principal: PACT. RETORNA PARA AVALIAÇÃO CLÍNICA EM - AO. LARANJA.

Alergia:

Observação:

CONSULTA MÉDICA

RETORNO - PARALISIA DE II + III PAR À DIREITA + NEUROPATIA ÓPTICA TRAUMÁTICA ?

RETORNA PARA DISCUSSÃO COM DRA LAURA SABINO

DRA LAURA NÃO ANALISOU REFLEXOS EM ÚLTIMA CONSULTA DEVIDO AO PACIENTE ESTAR DILATADO (!!!)

PACIENTE ENCAMINHADO DO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO APÓS ACIDENTE MOTOCICLISTICO DIA 03/03/19. QUEIXA-SE DE BAV EM OLHO DIREITO E TRAZ ENCAMINHAMENTO COM DIAGNÓSTICO DE FATURA EM BLOWOUT, CZO, OPN, MÁXILA E PARASSINFISE MANDIBULAR À DIREITA.

RNM (15/03) COM ÊNFASE EM ORBITAS: O NERVO ÓPTICO NÃO APRESENTA ALTERAÇÃO DE SINAL QUANDO COMARADO EM RELAÇÃO AO CONTRALATERAL.

EM 13/03:

RECEBO CASO PARA DISCUTIR COM DRA. LAURA SABINO QUE EXAMINA E ORIENTA:

- REFLEXOS NÃO FORAM AVALIADOS POR DRA. LAURA POIS PACIENTE ESTAVA DILATADO.

- TRAZ TC COM FRATURA DE PAREDE LATERAL, MEDIAL, INFERIOR E SUPERIOR, COM ENCARCERAMENTO DE MÚSCULO RETO MEDIAL.

- ORIENTA REALIZAR ALBENDAZOL 400/DIA POR 3 DIAS + PREDNISONA 60MG/ DIAPOR 7 DIAS.

- RETORNO EM 7 DIAS PARA REAVALIAR

- VERSÕES: OD-2 RM/ -4 SUPERIOR/ -1 RL/ INFERIOR NORMAL. OE: SEM ALTERAÇÕES

OD: EDEMA BIPALPEBRAL, SUTURA EM LACERAÇÃO PALPEBRAL SUPERIOR, ENOFTALMIA, CONJUNTIVA CALMA, CORNEA TRANSPARENTE, CAF, SEM RCA, FACICO

OE: CONJUNTIVA CALMA, CORNEA TRANSPARENTE, FLUOR NEG, CAF, SEM RCA, FACICO

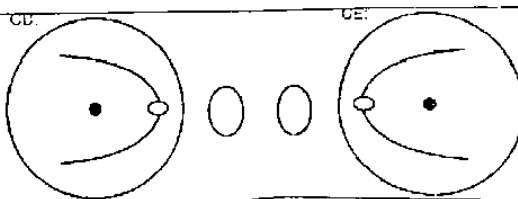
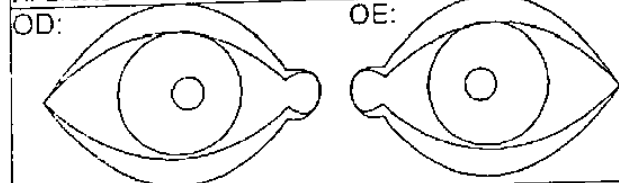
MAPEAMENTO / BIO DE FUNDO

NÃO REALIZOU

< SELECIONE O REALIZOU

OD: 13/03: DOC E COM BORDOS BEM DELIMITADOS, EP 0,6, RETINA APLICADA EM POLO POSTERIOR, ALTERAÇÃO DO BRILHO MACULAR BEM DISCRETO

OE: 13/03: DOC, EP 0,7, ANASALAMENTO DOS VASOS, MACULA APARENTEMENTE SEM ALTERAÇÕES. RETINA APLICADA 360°



AVL

TONOMETRIA

S/C ☒

C/PH ☐

C/C ☐

HORA:

OD: CD A 1M - MANTIDO

OE: 20/30

OD:

OE:

Exames: Gonioscopia ☐ / Outros (Reflexos/ Versões/ Reavaliação) ANISOCORIA D>E; REFLEXO FOTOMOTOR DIRETO OD 1/2+ E CONSENSUAL 2+; RFM DIRETO OE 4+/4+ E CONSENSUAL 1

Retirada de Corpo Estranho ☐ Retirada de Sutura ☐ Colocação Lente Contato Terapêutica ☐ Tubo Ahmed ☐

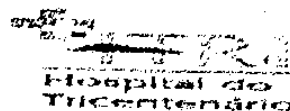
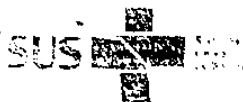
Pl por Yag Laser ☐ Ultrassom

CONDUTA: DR LAURA SABINO EXAMINA E ORIENTA: DAR CARTA AO CIRURGIÃO BUCO MAXILO. LIBERANDO PACIENTE PARA CONDUTA ESPECÍFICA.

ORIENTO PACIENTE SOBRE PROGNÓSTICO VISUAL RESERVADO.

Central de marcação de consulta: 81 3081.3030

Faça sua doação: Telefone: 81 3221.3008 - Internet: www.doefav.com



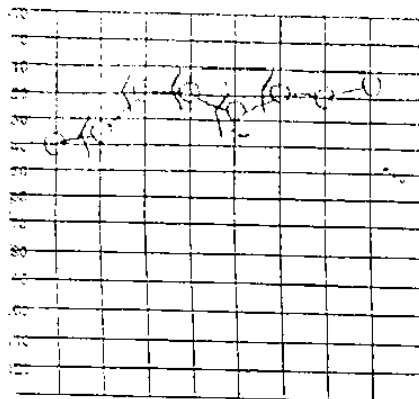
Paciente: Helio Rômulo de Sousa Costa
Solicitante: Custódio Lima
Audiômetro: AD 2296

Data: 31.12.19
Idade: 28 anos

Queixa: disfunção auditiva
Imitanciómetro: _____

AUDIOGRAMA

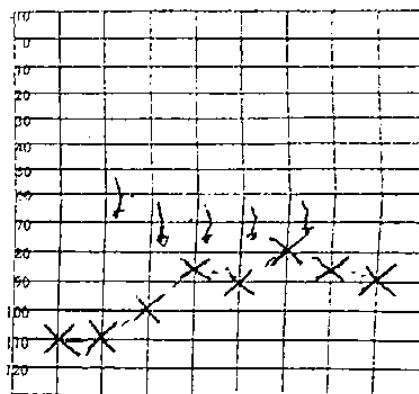
OD
Frequência Hertz
250 500 1000 2000 3000 4000 6000 8000



LEGENDA

TESTE	OD	OE
Aérea presente	O-O	X-X
Aérea ausente	♀	X ₁
Ossea presente	<	>
Ossea ausente	¿	¿

OE
Frequência Hertz
250 500 1000 2000 3000 4000 6000 8000



RECONHECIMENTO DE FALA

OD
IPRF 50 dB Mono. 10.0 %
SRT 20 dB Dissil. — %
SDT — dB

OE
IPRF — dB Mono. — %
SRT — dB Dissil. — %
SDT 95 dB

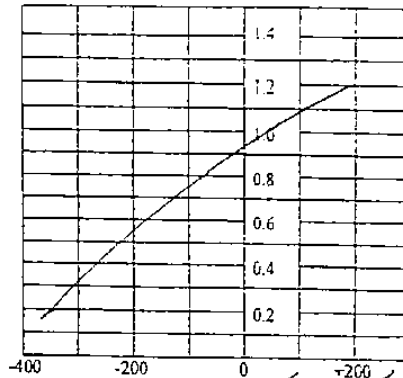
MASCARAMENTO

	OD	OE
VA	<u>80 dB</u> (NB)	(NB)
VO	<u>80 dB</u> (NB)	(NB)
IPRF	<u>80 dB</u> (SN)	(SN)
SRT	<u>80 dB</u> (SN)	(SN)
SDT	(SN)	(SN)

WEBER

	500	1000	2000	4000	
D					E

TIMPANOGRAMA



REFLEXO ESTAPEDIANO ACÚSTICO

ORELHA DIREITA					ORELHA ESQUERDA				
Limiar	Reflexo	Dif.	Reflexo	Decay	Limiar	Reflexo	Dif.	Reflexo	Decay
	Contra		Ipsi			Contra		Ipsi	

Marcação dos reflexos pela via aferente

	OD	OE
Volume do CAE (ml)		
Complacência (ml)		
Pressão (daPa)		

RESULTADO / CONDUTA: Pinda auditiva sensorial neural de grau profundo na OE. Audição normal na OD

Drª Heloisa Passos
CRF: 90117

RUA ANTONIO ALVES DOS SANTOS - S/N - BAIRRO: CENTRO
UPAE - UNIDADE PERNAMBUCANA DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO - FONE: (87) 3838-8602

Nome: HELIO ROMULO DE SOUSA COSTA

Idade: 27 Anos, 10 Meses e 11 Dias

Nome Social:

Registro: 01978719

Atendimento: 03843180

Data e Hora do Atendimento: 13/03/19 08:31

Endereço: RUA JOAO NUNES, 10, CENTRO, BREJINHO

Mãe: IRACI DE SOUSA COSTA

Consulta Enfermeiro (a) / Classificação: VIVIANE ANDREIA PEREIRA DE ARAUJO Prioridade: VERMELHO

Queixa Principal: TTO OD - RETORNA PARA REAVALIAÇÃO, CLASSIFICAR COMO VERMELHO.

Alergia:

Observação: PACT REFERE ESTAR EM JEJUM POR CONTA PRÓPRIA.

CONSULTA MÉDICA

PACIENTE ENCAMINHADO DO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO APOS ACIDENTE MOTOCICLISTICO DIA 03/03/19.

QUEIXA-SE DE BAV EM OLHO DIREITO E TRAZ ENCAMINHAMENTO COM DIAGNÓSTICO DE FATURA EM BLOWOUT, CZO, OPN, MAXILA E PARASSINFISE MANDIBULAR A DIREITA.

EM ÚLTIMA CONSULTA: DR FELIPE COSTA ORIENTA: ALTERAÇÕES DE REFLEXO ASSOCIADA A BAV APOS TRAUMA PODE SER SECUNDÁRIA A NEURITE ÓPTICA RETROBULBAR. SUGERE REALIZAÇÃO DE RNM COM ÊNFASE EM ORBITA + RETORNO 4ª FEIRA PARA AVALIAÇÃO POR DRA LAURA.

PACIENTE AINDA NÃO REALIZOU RNM COM ÊNFASE EM ORBITA.

OD: EDEMA COM QUEMIOSE BIPALPEBRAL, SUTURA EM LACERAÇÃO PALPEBRAL SUPERIOR, ENOFTALMIA,

OFTALMO PARESIA, CONJUNTIVA ALGO HIPEREMÍADA, CORNEA TRANSPARENTE, CAF, RCA 2+, FACICO

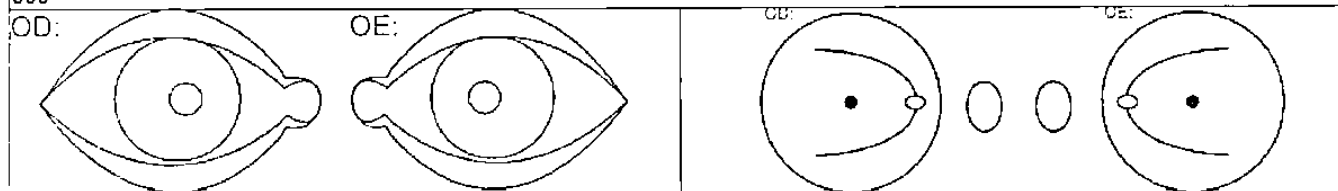
OE: CONJUNTIVA CALMA, CORNEA TRANSPARENTE, FLUOR NEG, CAF, SEM RCA, FACICO

MAPEAMENTO / BIO DE FUNDO

MAPEAMENTO DE RETINA < SELECIONE MAPEAMENTO DE RETINA

OD: DOC E COM BORDOS BEM DELIMITADOS, EP 0,6, RETINA APLICADA EM POLO POSTERIOR, ALTERAÇÃO DO BRILHO MACULAR BEM DISCRETO

OE: DOC, EP 0,7, ANASALAMENTO DOS VASOS, MACULA APARENTEMENTE SEM ALTERAÇÕES. RETINA APLICADA 360°



AVL

S/C ☒

C/PH ☐

C/C ☐

TONOMETRIA

HORA:

OD: CD A 1M (ERACD 50CM)

OE: 20/30

OD:

OE:

Exames: Gonioscopia ☐ / Outros (Reflexos/ Versões/ Reavaliação) ANISOCORIA D>E; OD FOTOMOTOR DIRETO ABOLIDO A DIREITA E PRESERVADO A ESQUERDA; REFLEXO CONSENSUAL ABOLIDO BILATERALMENTE. LIMITAÇÃO A SUPRADUÇÃO EM OD.

Retirada de Corpo Estranho ☐ Retirada de Sutura ☐ Colocação Lente Contato Terapêutica ☐ Tubo Ahmed ☐
PI por Yag Laser ☐ Ultrassom

CONDUTA: AGUARDAR AVALIAÇÃO COM DRA LAURA SABINO.

RECEBO CASO PARA DISCUTIR COM DRA. LAURA SABINO QUE EXAMINA E ORIENTA:

- REFLEXOS AO FORAM AVALIADOS POR DRA. LAURA POIS PACIENTE ESTAVA DILATADO.

- TRAZ TC COM FRATURA DE PAREDE LATERAL, MEDIAL, INFERIOR E SUPERIOR, COM ENCARCERAMENTO DE MÚSCULO RETO MEDIAL.

- ORIENTA REALIZAR ALBENDAZOL 400/DIA POR 3 DIAS + PREDNISONA 60MG/ DIAPOR 7 DIAS.

- RETORNO EM 7 DIAS PARA REAVALIAR

- VERSÕES: OD-2 RM/ -4 SUPERIOR/ -1 RL/ INFERIOR NORMAL. OE: SEM ALTERAÇÕES

CONSULTA COM ESPECIALISTA:

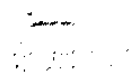
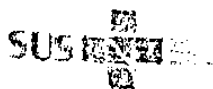
DIAGNÓSTICO: FRATURA MÚLTIPLA DE ORBITA

PARALISIA DE II PAR À DIREITA

PARALISIA DE III PAR À DIREITA

NEUROPATIA ÓPTICA TRAUMÁTICA





ENCAMINHAMENTO

NOME: HELIO ROMULO DE SOUSA COSTA

SOLICITO TESTE PARA APARELHO AUDITIVO, A MESMA APRESENTA PERDA AUDITIVA SENSORIONEURAL EM ORELHA ESQUERDA.

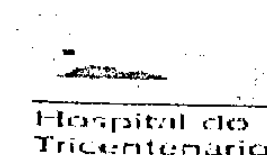
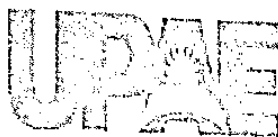
ENCAMINHO PACIENTE PARA O MENS SANA – ARCOVERDE.

Afogados da Ingazeira, 12/12/2019

Síntia Fernanda P. de S. Queiroz
Enfermeira
COREN-PE 287418

ASSINATURA E CARIMBO





NOME: HELIO ROMULO DE SOUSA COSTA
DATA: 12/12/2019

LAUDO MÉDICO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE
HÉLIO RÔMULO DE SOUSA COSTA É PORTADOR DE
PERDA AUDITIVA UNILATERAL À ESQUERDA DE
GRAU PROFUNDO APÓS ACIDENTE
AUTOMOBILÍSTICO NO DIA 03/03/2019

CID: H90.1

Dr. Gustavo Lir
Médico-CRM 23807
OTORRINOLARINGOLOGISTA

Dr. Gustavo Lino
Médico-CRM 23807
OTORRINOLARINGOLOGISTA



ATENDIMENTO MÉDICO DE EMERGÊNCIA

CID: clicar para informar o cid

PROCEDIMENTO:

HORAS EM OBSERVAÇÃO:

CONDIÇÕES DE ALTA: ☐ CURADO ☐ MELHORADO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ OBITO ☐ EVASÃO ☐ ADMINISTRATIVA ☒ A PEDIDO

Dr(a).PRISCILLA SILVA MACEDO CRM: 26603 Data e Hora: 13/03/2019 09:03:44

TERMO DE CONSENTIMENTO

AUTORIZO A FUNDAÇÃO ALTINO VENTURA A REALIZAR O TRATAMENTO, CLÍNICO E/OU CIRÚRGICO, COM OU SEM EXAMES COMPLEMENTARES DEVIDO AO CARÁTER DE URGÊNCIA, COM TRANSPORTE PARA OUTRO SERVIÇO SE NECESSÁRIO.

NOME DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

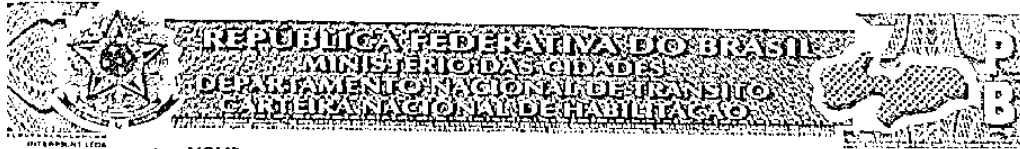
DOCUMENTO/PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA

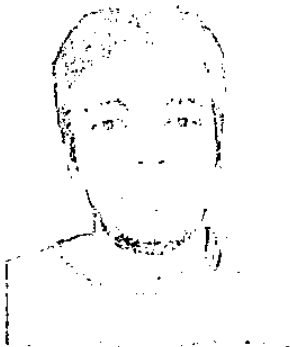
Central de marcação de consulta: 81 3081.3030

Faça sua doação: Telefone: 81 3221.3008 - Internet: www.doefav.com





NOME
JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA



DOC. IDENTIDADE / ORG EMISSOR UF
7092913 SDS FE

CPF DATA NASCIMENTO
081.886.574-17 06/02/1989

FILIAÇÃO
JOSE VALERIANO DE LIMA
MARIA LUZINETE BATISTA
DE LIMA

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
04295047969

VALIDADE
09/02/2023

1ª HABILITAÇÃO
15/02/2008

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1638550962



OBSERVAÇÕES

Jose Otacilio Batista de Lima

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
PATOS, PB

DATA EMISSÃO
05/03/2018

Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior

ASSINATURA DO EMISSOR

41615542015

PB036270164

PARAÍBA

PROIBIDO PLASTIFICAR

1638550962



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CENTRO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME
HELIO ROMULO DE SOUSA COSTA

RG IDENTIDADE / ORG EMISSOR / UI
7817520 SD8 PE

CPF
103.410.864-60

DATA NASCIMENTO
02/05/1991

FILIAÇÃO
FRANCISCO JANUARIO DA COSTA
IRACI GUEDES DE SOUSA COSTA

PERMISSÃO **ACC** **CAT HAB**

Nº REGISTRO **VALIDADE** **1ª HABILITAÇÃO**
05533619100 29/05/2022 06/07/2012

OBSERVAÇÕES

Helio Romulo de Sousa Costa
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL **DATA EMISSÃO**
AFOGADOS DA INGAZEIRA, PE 30/05/2017

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente
ASSINATURA DO EMISSOR

94717748010
PE079582540

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1424910154

PROIBIDO PLASTIFICAR
1424910154





COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DA PARAIBA
AVENIDA FLICIANO CIRNE, CAGEPA, 220 JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-570
INPI: 09.123.654/0001-87 ISNC-ESTADUAL Nº 160572029
Informações e/ou Retificações Ligue 119

SEGUNDA VIA

CODIGO PARA
DEBITO AUTOMATICO
00883444.5

Nº Documento: 00191828834445

ENDEREÇO: PATOS

MATRÍCULA
00883444.5

CLIENTE
JOSE OTAVILIO BATISTA DE LIMA

CPF/CNPJ
08.110.000-00

VENCIMENTO
09/08/2019

INSCRIÇÃO
075.110.405.0064.000

ENDEREÇO DO IMÓVEL
RUA ANTONIO BARRETO, 41 - MONTE CASTELO PATOS PB 58007-180

FATURA
09/08/19

RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA

ÁGUA
LIGADO

ESGOTO
LIGADO

ULTIMOS CONSUMOS

07/2019 -	2	06/2019 -	2
05/2019 -	2	04/2019 -	2
03/2019 -	2	02/2019 -	2

ECONOMIAS: CONF. POR ECONOMIA COD. AUXILIAR

- 2 R 53.12

LEITURA		CONSUMO		CONSUMO-DETA
ANTERIOR	ATUAL	(M³)	DIAS	(M³)
52	54	2	31	0,07
16/07/2019	16/08/2019	NºEm:	VL85180,70	

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

ÁGUA
RESIDENCIAL 001 UNIDADE
CONSUMO DE ÁGUA
ESGOTO
RESIDENCIAL 001 UNIDADE
CONSUMO DE ESGOTO
ADRESCIMOS: MESES: ANT. 06/2019
JUCOS DE MORA 06/2019

0 M3

37,31

0 M3

30,33

1,36

1,41

Valor aproximado dos tributos PIS e COFINS, Lei 10.741 de 2001, de 10/07

CONTA RETIFICADA

TOTAL

R\$

69,71

#CHEGADETRABAHOCINFANTIL

INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO 07/2019

Anexo 20 Portaria 05/2017 MS

Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio
Turbidez	0,99	Cor Aparente	8,80	Bact. Heterotróficas		Colif. Totais	
Cloro (mg/L)	1,70	P.H.	6,60	Colif. Termotolerantes			

VIA CLIENTE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 28/08/2019



MATRÍCULA
00883444.5

INSCRIÇÃO
075.110.405.0064.000

FATURA
08/2019

NÃO RECEBER APÓS
31/08/2019

VENCIMENTO 09/08/2019

VALOR R\$

69,71

GRUPO: 530

SERIAL: 1

CONTA RETIFICADA

8261000000-7 69710010075-2 00883444501-8 08101910003-9

VIA CAGEPA



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/06/2020 14:20:57
<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062514205725800000062710420>
Número do documento: 20062514205725800000062710420

Num. 63889938 - Pág. 51

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 05 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 081886594 / 17, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

HELIO ROMULO DE SOUZA COSTA inscrito (a) no CPF sob o Nº 103.410.864 / 60

do sinistro de DPVAT cobertura INUNDAÇÃO da Vítima HELIO ROMULO DE SOUZA COSTA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 103.410.864 / 60, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>RUA ANTONIO BARNATO</u>	Número: <u>41</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>PROFESSOR</u>	Cidade: <u>PAROIS</u>	Estado: <u>PR</u>
E-mail: _____	CEP: <u>88707-180</u>	Tel.(DDD): <u>(83) 99131-7273</u>

Local e Data: PAROIS, 10 DE SETEMBRO

JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA
Assinatura do Declarante

